ACADÉMIE DE MONTPELLIER N° 8

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA

TUBERCULOSE HERNIAIRE CRURALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Décembre 1914

PAR

Georges FERRET

Né à Lamalou-les-Bains, le 25 mars 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

GRANEL, Professeur. *Président.*
BAUMEL, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé libre. } *Assesseurs*
J. DELMAS, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson.

1914

DE LA

TUBERCULOSE HERNIAIRE

CRURALE

ACADÉMIE DE MONTPELLIER N° 8

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA

TUBERCULOSE HERNIAIRE CRURALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Décembre 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Georges FERRET

Né à Lamalou-les-Bains, le 23 mars 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

GRANEL, Professeur, *Président.*
BAUMEL, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé libre. } *Assesseurs.*
J. DELMAS, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson.

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (✲), a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a. l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse :

MM. GRANEL, professeur, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé libre.*
BAUMEL, professeur.	J. DELMAS, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MA SŒUR

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE

MEIS ET AMICIS

G. FERRET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. DELMAS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

G. FERRET.

AVANT-PROPOS

Avant de quitter cette vieille Faculté si hospitalière, où se sont écoulées nos quatre années d'études médicales, au moment de nous séparer de nos éminents maîtres si dévoués, nous voulons, de tout cœur, leur dire un merci et un adieu.

Nous adressons tout d'abord l'hommage de nos remerciements les plus respectueux à M. le professeur Granel qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Maintes fois, nous avons pu apprécier le charme de ses savantes causeries, son amabilité et sa bienveillance si connues de tous. Nous garderons de lui un précieux souvenir.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Baumel, dont il nous fut donné d'admirer si souvent les brillantes leçons cliniques à l'Hôpital Suburbain et l'enseignement si approfondi, d'avoir bien voulu faire partie du jury de notre thèse.

Que M. le professeur agrégé Soubeyran, qui nous a indiqué le sujet du travail que nous présentons aujourd'hui, de qui nous tenons un enseignement si pratique et qui a toujours été pour nous un guide précieux dans nos études médicales, soit assuré de notre vive gratitude et de nos sentiments les plus dévoués.

Nos remerciements vont aussi à M. le professeur agrégé J. Delmas qui a bien voulu faire partie du jury de notre thèse.

A tous les maîtres dont nous avons suivi l'enseignement, à tous ceux qui ont contribué à notre instruction médicale : merci.

DE LA

TUBERCULOSE HERNIAIRE

CRURALE

INTRODUCTION

Un cas de tuberculose herniaire crurale, observé dans la clinique de M. le professeur agrégé Soubeyran, nous a suggéré l'idée de notre sujet de thèse.

Ce sujet nous a paru intéressant parce que, d'abord, la hernie crurale tuberculeuse est assez rare et, en second lieu, parce que l'observation sur laquelle nous nous appuyons pour notre modeste travail est une observation personnelle et, par conséquent, plus frappante.

A notre observation, nous en ajoutons quelques autres de différents auteurs.

Après quelques données générales étiologiques (fréquence, âge, sexe) sur la hernie crurale tuberculeuse, nous en étudions la pathogénie; dans un troisième chapitre, les données cliniques de la maladie (symptomatologie, diagnostic, pronostic).

Le quatrième chapitre est consacré à l'anatomie pathologique.

Dans un dernier chapitre, nous envisageons le traitement et les résultats, auquel nous adjoignons la conclusion.

CHAPITRE PREMIER

DONNEES GENERALES ET ETIOLOGIQUES

La hernie crurale tuberculeuse est celle qui se fait dans le triangle de Scarpa, à la partie supéro-interne de la cuisse, à travers l'anneau crural et dont les lésions macroscopiques et histologiques sont occasionnées par le bacille de Koch.

L'orifice qui livre passage à la hernie est formé par la partie la plus interne de l'anneau crural. Il est en rapport: en dedans, avec le bord concave du ligament de Gimbernat; en dehors, avec la veine fémorale; en avant, avec le ligament de Poupart; en arrière, avec le bord antérieur du pubis.

Si la hernie franchit les orifices du *fascia cribriformis,* elle est sous la peau et peut alors se porter en bas ou en dedans ou en haut vers l'arcade crurale. Son diagnostic peut alors être assez délicat.

La hernie crurale tuberculeuse est le plus souvent acquise et renferme généralement l'intestin grêle et l'épiploon. Ce dernier semble précéder l'intestin: la hernie est une épiplocèle avant d'être une entérocèle.

Le sac est généralement rempli d'un liquide jaune clair, de quantité variable.

Si les observations de tuberculose herniaire en général se sont multipliées et si les lésions tuberculeuses sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne croyait, la hernie crurale tuberculeuse reste encore assez rare. Certainement cette complication passait autrefois souvent inaperçue. Ce n'est que des kélotomies plus nombreuses et surtout l'examen microscopique de la pièce anatomique qui ont permis de reconnaître la nature tuberculeuse de beaucoup de hernies crurales.

Toutes les statistiques indiquent une prédominance de la hernie crurale tuberculeuse sur la hernie inguinale chez la femme, ce qui est le contraire chez l'homme.

C'est une hernie surtout de l'âge adulte et avancé. Les nombreuses observations montrent, en effet, qu'on rencontre cette hernie chez des femmes ayant dépassé la trentaine.

Quant au siège, d'après une statistique de Cotte, on trouve, sur 100 cas de hernie tuberculeuse, onze fois la hernie crurale. Une fois, on a noté une hernie crurale bilatérale (Tscherning) ; une fois, une hernie inguinale droite et une hernie crurale gauche.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation Première

Observation personnelle et inédite. (Clinique du professeur Soubeyran.)

Il s'agit d'une fille de 30 ans, nullipare, qui habite le département de l'Aveyron.

A signaler un seul fait, très important d'ailleurs, dans ses antécédents personnels : c'est un mal de Pott avec gibbosité qu'elle a présenté quelque temps auparavant, mais actuellement guéri.

La malade entre, à la clinique de M. le professeur Soubeyran, en mai 1914, pour se faire opérer d'une grosseur siégeant un peu au-dessous du pli de l'aine gauche.

L'examen montre une tumeur, bombant dans la partie supérieure du triangle de Scarpa, au-dessous d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis gauche.

La palpation réyèle une tumeur grosse comme un œuf de poule, d'une consistance assez molle, pédiculisée, qui sort fortement dès que la malade est debout ou qu'elle fait un effort; quand elle est couchée, la tumeur est peu volumineuse, mais ne rentre pas complètement.

Il s'agit donc bien d'une hernie crurale gauche. En raison de cette difficulté de réduction en position verticale de la malade, mais de la réduction presque complète en position horizontale, de l'apparition brusque de la hernie dès que la malade se lève et des antécédents bacillaires, le diagnostic de hernie crurale tuberculeuse est posé.

Deux faits semblent pourtant ici ne pas correspondre à la symptomatologie de la hernie crurale tuberculeuse: c'est, d'une part, la grosseur de la hernie, et, d'autre part, sa réductibilité partielle. Le volume assez considérable de la hernie de notre malade s'explique par l'effondrement de sa paroi abdominale; il est évident que des tissus relâchés se prêtent facilement à l'ampliation.

Si, en second lieu, cette hernie ne rentre pas complètement quand la malade est couchée, c'est à cause des adhérences de l'épiploon au sac.

Elle est opérée le 7 mai 1914. Anesthésie à l'éther.

On fait une incision verticale sur la hernie: chose rare, on ne trouve pas de lipome préherniaire.

Le sac est volumineux, épais, assez tendu. On le dissèque jusqu'au collet; il est ouvert délicatement; un liquide citrin assez abondant s'écoule.

L'épiploon est adhérent au sac. On le résèque jusqu'au tissu sain et même un peu plus haut, après avoir placé plusieurs points au catgut.

Le sac est excisé, après forte pédiculisation. On ferme l'orifice crural, après section du Gimbernat, par quatre points de catgut verticaux.

La malade se lève, quinze jours après, complètement guérie.

L'examen macroscopique de la pièce montre:

1° Le sac, très épais et lisse extérieurement. A l'intérieur, on constate de nombreuses granulations isolées ou

confluentes, très serrées, violettes, dont le volume varie d'une tête de petite épingle à celui d'une lentille ou d'un grain de riz.

2° Le fragment d'épiploon réséqué est tapissé lui aussi de fines granulations dans toute sa partie adhérente. Plus haut, il redevient lisse et normal.

3° L'examen histologique, fait par le docteur Rives, montra une tuberculose non douteuse.

Observation II

Prise à la clinique du professeur Colzi. (Thèse Tauzia. Bordeaux, 1902.)

X..., âgée de 63 ans. Apparition, il y quatre ou cinq mois seulement, d'une hernie crurale droite, laquelle resta réductible et complètement indolente jusque vers le 9 décembre 1895, moment où elle devint irréductible, douloureuse et dure. La malade attribua cette douleur et cette irréductibilité à un effort. Pas d'antécédents tuberculeux; pas de hernie dans la famille. La malade se plaint depuis quelque temps d'une toux sèche et d'une respiration courte; pas de fièvre le soir, ni de sueurs nocturnes. Diminution des forces et de l'appétit.

A l'examen, la région crurale droite est le siège d'une tuméfaction circonscrite, grosse comme un œuf de dinde, dure, mais d'une dureté élastique, non fluctuante, irréductible, douloureuse à la pression.

La respiration est rude, prolongée, avec un souffle bronchique et des râles humides. L'examen des crachats révèle la présence des bacilles en assez grand nombre.

On pratique la cure radicale. Le sac contient une masse intestinale de 4 centimètres, de couleur rouge sombre, lisse

et ne présentant aucune trace de tuberculose. Le péritoine pariétal semble aussi intact; la face interne seule semblait malade.

L'opération eut des suites bonnes; mais, à partir de ce moment, la toux augmenta et on envoya la malade dans un service de médecine pour soigner son affection pulmonaire. C'est alors que des parents, craignant une fin prochaine, la ramenèrent dans sa famille. Depuis lors, on n'eut plus de ses nouvelles.

A l'examen du sac, celui-ci était recouvert, sur sa face interne, de petits nodules pressés les uns contre les autres et de volume moyen.

L'examen bactériologique du liquide du sac fut négatif. A l'examen histologique, on trouva les vaisseaux sanguins très dilatés, des cellules géantes avec un gros noyau périphérique et, tout autour, une couche de cellules épithélioïdes et embryonnaires.

L'inoculation fut positive, le cobaye mourut au bout de vingt-cinq jours d'une tuberculose généralisée.

Observation III

Lejars. (Gazette des Hôpitaux, août 1889.)

Femme, 40 ans. Bacillose pulmonaire. Kélotomie pour une hernie crurale droite datant de plusieurs années et qui s'étrangla. Le sac était semé de granulations grisâtres, dures, de la grosseur d'un grain de millet. Le contenu de la hernie ne présentait rien d'analogue. Examen histologique confirmatif.

Observation IV

Santucci. (Settimana medica dello sperimentale, 1896.)

Femme, 40 ans. Aucune hérédité tuberculeuse.

En février 1890, premiers troubles digestifs (inappétence, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales) ; amélioration au bout de trois mois. A la même époque, apparition d'une hernie crurale droite, qui fut maintenue par un bandage. En novembre, la hernie devient irréductible: douleurs intenses, généralisées à tout le ventre, vomissements.

Diagnostic: entérocèle crurale étranglée et péritonite tuberculeuse.

Kélotomie: sac renfermant un liquide sanguinolent et tapissé de tubercules. Intestin congestionné et couvert de granulations de dimensions variables.

Sortie au bout de dix-sept jours.

Deux mois après, abcès stercoral et fistules.

Mort, au bout d'un an, de tuberculose miliaire.

Examen microscopique confirmatif.

Observation V

(De Paul Berger)

Femme de 38 ans, bien portante, présentant aux sommets des lésions très vaguement appréciables.

Hernie apparue depuis trois semaines, à la suite d'efforts violents, du volume d'un œuf, mollasse, irrégulière au palper, sans fluctuation et irréductible.

Diagnostic. — Epiplocèle crurale gauche. Pas d'accidents d'étranglement; pourtant il s'était produit au début plusieurs crises douloureuses et, pour éviter leur retour, on se décida à pratiquer la cure radicale.

Opération. — L'incision conduit sur un lipome herniaire de volume moyen; le sac ouvert, on trouve une masse épiploïque étalée en nappe sur toute la surface interne du sac, épaisse de un centimètre au moins et semée de nodules crétacés. Au centre, une petite cavité kystique, large comme une noix, était ménagée par l'enroulement du feuillet épiploïque et remplie d'un liquide séro-sanguin, noirâtre, tout semblable à celui qu'on rencontre dans les sacs herniaires. Il n'y avait pas trace d'intestin; le pédicule, gros comme le petit doigt, se prolongeait seul dans l'abdomen. Il fut lié et coupé, mais le décollement total du sac était impossible; à l'orifice profond, il adhérait intimement à la paroi interne de la veine fémorale, et une dissection poussée plus loin n'eût pas laissé que d'être dangereuse.

Suture, drainage. Aucune élévation de température les jours suivants; guérison rapide.

L'épiploon réséqué fut examiné au laboratoire de M. Mathias Duval, où fut confirmé histologiquement le diagnostic anatomique, porté avant l'opération, de tubercule épiploïque.

Observation VI

Andrews. (Annals of Surgery, 1902.)

Jeune fille de 33 ans. Hernie crurale gauche depuis deux ans, tendue et irréductible, mate à la percussion.

A l'opération, le sac était plein de liquide jaunâtre avec

granulations fibreuses. Communication avec le péritoine, très étroite. Il s'agissait d'une tuberculose fibreuse, d'un sac au stade précaséeux. Il n'y avait pas d'histoire de tuberculose antérieure ou de lésions péritonéales.

Observation VII

Prise à la clinique du professeur Colzi. (Thèse Tauzia, Bordeaux, 1902.)

X..., âgée de 40 ans, n'ayant aucune hérédité tuberculeuse ou herniaire. En février 1890, elle commença à éprouver des troubles du côté de l'appareil digestif (inappétence, vomissements, diarrhée, douleurs du ventre). Au bout de trois mois, son état s'améliore et il ne persiste qu'un peu de tuméfaction du ventre et quelques vagues douleurs abdominales.

Apparition en février d'une hernie crurale droite qui fut maintenue par un bandage.

Le 12 novembre, à la suite d'un effort, la hernie devint irréductible, et, en même temps, la malade accuse une douleur interne avec des vomissements et des douleurs généralisées dans tout le ventre.

A son entrée à la clinique, on fit le diagnostic d'entérocèle crurale étranglée et de péritonite tuberculeuse; on pratique l'herniotomie; le sac fut incisé, on fit la section profonde et superficielle des tissus.

Les suites de l'opération furent bonnes et la malade put quitter la clinique dix-sept jours après l'opération.

Deux mois après, il se forma, au niveau de la cicatrice, un abcès stercoral et, consécutivement, deux fistules. Mort au bout d'un an par tuberculose miliaire.

Examen anatomo-pathologique. — Le sac contenait un

liquide sanguinolent et toute sa face interne était tapissée de tubercules, les uns miliaires, les autres caséeux et réunis en grappe.

L'intestin était congestionné et recouvert d'une quantité de tubercules de dimensions variables.

Examen microscopique. — On trouva des tubercules fibreux, des cellules géantes et des bacilles de la tuberculose en assez grande quantité.

CHAPITRE III

PATHOGENIE

Le bacille de Koch peut arriver au sac par plusieurs voies : soit par voie intestinale, soit par voie lymphatique ou sanguine, soit par propagation directe. Nous n'insisterons pas sur cette question qui nous entraînerait un peu en dehors du sujet, pour nous arrêter à deux questions plus importantes : la tuberculose herniaire est-elle primitive ou secondaire ?

Jonnesco et Lejars admettent la première théorie.

Pour Jonnesco, la tuberculose herniaire crurale est une affection locale et, dans tous les cas où les lésions herniaires coexistent avec la lésion de la séreuse péritonéale, ces dernières sont dues à l'extension de la tuberculose herniaire primitive.

Le sac constituerait un point déclive, lieu d'élection pour la localisation d'une infection quelconque, ainsi que l'a montré Rindfleisch.

L'intestin hernié est, en effet, plus ou moins resserré, sa circulation est peu intense, il est traumatisé par les frottements incessants et répétés du bandage ; tout cela contribue, chez un sujet en puissance de tuberculose, à localiser à ce niveau les bacilles et l'infection.

Au contraire, Bruns, en 1892, considère la tuberculose herniaire comme l'expression d'une péritonite tuberculeuse; la plupart des auteurs ont souscrit à ses conclusions; les statistiques montrent que, dans 70 0/0 des cas, la tuberculose herniaire crurale est secondaire à une péritonite tuberculeuse et qu'elle ne précède l'infection de la cavité péritonéale que dans 30 0/0 des cas.

Mais, parmi ces derniers faits, il est facile de constater que la tuberculose herniaire crurale ne constitue que rarement la première localisation de la tuberculose dans l'organisme et que si, primitivement du moins, la cavité péritonéale est indemne de tuberculose, on trouve le plus souvent, en un point quelconque de l'organisme, un autre foyer de tuberculose.

Dans notre observation, la malade avait eu, antérieurement à la hernie crurale, un mal de Pott avec gibbosité. Dans un cas de Cruveilher, le point de départ semblait être le larynx. Une malade de Lejars avait eu de la bacillose pulmonaire.

En un mot, la tuberculose herniaire crurale, lorsqu'elle n'est pas sous la dépendance d'une tuberculose péritonéale, est souvent secondaire à d'autres manifestations bacillaires.

CHAPITRE IV

DONNEES CLINIQUES

I. — Symptomatologie

La hernie crurale tuberculeuse forme une tumeur à la partie supéro-interne du triangle de Scarpa.

Sa consistance est généralement molle; de forme petite ou moyenne, elle se réduit le plus souvent.

Elle peut passer inaperçue, et, chez une femme grasse, pour peu qu'elle soit de date récente, il est difficile de la distinguer d'un ganglion.

a) *Symptômes fonctionnels.* — Ils n'ont rien de pathognomonique. C'est souvent la douleur qui attire l'attention sur une hernie qu'on ne soupçonnait même pas. Son intensité est variable: légère ou intolérable, continue ou intermittente. Elle peut même ne pas siéger au niveau de la hernie et être exclusivement abdominale, sous forme de coliques.

Très souvent, ce n'est qu'une sensation pénible à la racine de la cuisse.

b) *Signes physiques.* — En même temps, la hernie de-

vient dure, tendue, augmente sous l'influence d'un effort quelconque.

Elle est parfois irréductible. Lejars a montré que cette irréductibilité, partielle ou totale, est un des attributs des hernies compliquées de tuberculose ou de cancer. Ce n'est pas un signe pathognomonique, mais il doit guider les investigations du clinicien vers la tuberculose.

La tuberculose herniaire crurale se manifeste encore par l'irrégularité de consistance. Broca a signalé la présence de masses tuberculeuses développées dans le sac.

Lorsque le sac renferme du liquide ou de l'intestin, on peut observer du gargouillement, qui est un signe assez caractéristique.

Tous ces signes sont loin d'être constants, mais ces diverses modifications locales sur lesquelles la douleur a attiré l'attention permettent souvent de reconnaître la tuberculose de la hernie crurale.

c) *Signes généraux.* — Les troubles de l'état général sont habituels et c'est par leur recherche que le clinicien dépistera la tuberculose herniaire. Ces troubles de l'état général sont plus ou moins graves (anorexie, disparition des forces, sueurs nocturnes, température vespérale) et, évidemment, se rencontrent à des degrés très différents.

On peut distinguer trois formes de tuberculose herniaire crurale: la forme latente dont la symptomatologie est nulle, la découverte tout à fait surprenante, l'évolution lente et les douleurs supportables, avec parfois quelques poussées inflammatoires; la forme douloureuse, de diagnostic plus facile, et la forme inflammatoire à symptomatologie à grand fracas.

II. — Diagnostic

S'agit-il d'abord d'une hernie?

Il est certain que plusieurs affections du pli de l'aine peuvent simuler une hernie:

Des lipomes du *fascia cribriformis* ou qui accompagnent parfois les sacs herniaires. Le sac enfoui dans un amas graisseux est évidemment peu perceptible.

Une adénopathie du ganglion de Cloquet. Ce ganglion volumineux peut avoir pour cause une petite érosion de la région anale ou génitale, s'accompagner de douleurs et de gêne qui peuvent faire porter un tout autre diagnostic.

Il faudra alors saisir la tumeur: s'il s'agit d'une hernie, on sentira un pédicule s'enfonçant sous l'arcade crurale.

De plus, les tumeurs bénignes se distinguent par l'absence de douleurs; jamais de signe d'inflammation.

En revanche, le diagnostic paraît impossible avec les tumeurs malignes au début. Mais, à mesure que le cancer progresse, le diagnostic devient certain.

On a signalé l'erreur faite en prenant une hernie réductible pour un abcès passant sur l'arcade crurale. D'autres symptômes toutefois pourront faciliter le diagnostic d'avec un abcès migrateur qui a pour cause un mal de Pott.

Quant à la distension de la crosse de la veine saphène interne, elle ne saurait prêter à confusion, car cette dernière est plus molle, non pédiculée et animée de battements.

Le diagnostic de hernie étant posé, il reste à savoir s'il s'agit bien d'une hernie crurale tuberculeuse.

Le diagnostic de hernie crurale peut même être difficile:

chez certaines femmes grasses par exemple. Chez la jeune fille ou jeune femme, dont le pli de l'aine est bien net, dessiné par une forte dépression, le doute n'est guère possible.

Pour faire ce diagnostic, on trace, comme il a été déjà dit, une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis; ce qui est au-dessus est la région inguinale, ce qui est au-dessous est la région crurale.

Si le diagnostic différentiel est important, le diagnostic de hernie tuberculeuse est capital. Les difficultés en sont réelles. Il est certain qu'une tuberculose généralisée rendra le diagnostic évident. Mais souvent la nature exacte des lésions ne peut être précisée qu'au moment de l'intervention.

Certains symptômes de probabilité peuvent attirer l'attention de ce côté: lorsqu'une hernie devient douloureuse et qu'elle présente une irréductibilité partielle ou totale sans cause apparente, il faut songer à une tuberculose herniaire.

On devra aussi rechercher, par un interrogatoire, dans les antécédents personnels et héréditaires et par un examen des organes, si la malade n'a pas quelque tare tuberculeuse. Ausculter les sommets, examiner la colonne vertébrale, se renseigner sur les modifications de l'état général, prendre la température vespérale, etc.

Quant à l'examen de la hernie elle-même, on doit attacher une grande importance aux irrégularités et aux bosselures du sac. La présence de liquide a également une grande valeur. Cette dernière constatation sera facile en remarquant:

1° La difficulté de réduction de la hernie en position verticale de la malade;

2° La réduction rapide du sac en position horizontale;

3° L'apparition brusque de la hernie lorsque la malade se lève.

Malgré cela, le diagnostic est délicat. Néanmoins, connaissant mieux aujourd'hui la tuberculose herniaire, on devra, en présence d'un cas douteux, sinon l'affirmer, du moins y songer.

III. — Le pronostic

Il dépend de nombreuses circonstances et varie suivant les cas. D'une façon générale, la tuberculose crurale herniaire n'a pas un pronostic très grave par elle-même, mais la gravité de l'affection tient aux complications qui peuvent surgir du côté des autres organes.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions peuvent se localiser sur le sac et sur son contenu.

Chez l'adulte, la tuberculose simultanée du sac et des viscères est la règle. Jonnesco, cependant, cite des cas, d'ailleurs discutés, sur la tuberculose isolée des viscères.

La tuberculose des organes seuls est donc rare.

Le plus souvent, on trouve soit des adhérences de l'organe hernié à la paroi du sac, soit des épaississements de ce dernier, ce qui constitue un signe certain de retentissement de la tuberculose sur les enveloppes de la hernie. Nous allons donc étudier d'abord les lésions viscérales, puis les lésions du sac.

Les viscères renfermés dans le sac peuvent varier; généralement, on trouve l'épiploon et l'intestin grêle.

L'épiploon tuberculeux présente divers aspects. Le plus souvent, il est parsemé de granulations assez fines, de couleur blanchâtre ou violacée, du volume d'un grain de riz à celui d'une lentille.

Tantôt il adhère au sac ou présente simplement au fond une simple induration. Cotte et Petit citent un cas où il adhérait de tous côtés.

D'autres fois, on trouve de petites cavités renfermant un liquide noirâtre.

Quant à l'intestin, on peut trouver ici toutes les formes de tuberculose intestinale: depuis la granulation miliaire qui recouvre toute l'anse herniée, jusqu'aux simples adhérences au sac ou même de petits abcès placés entre les anses intestinales.

Il est un fait, très important à signaler: c'est l'existence simultanée, assez fréquente, de la tuberculose génitale avec la tuberculose herniaire. Mais cette coïncidence est plus fréquente dans les hernies inguinales que dans les hernies crurales. Ainsi, Muscatello a vu, dans un sac inguinal, un pyosalpinx tuberculeux; Puech, un ovaire tuberculeux.

Les lésions du sac sont habituellement diffuses, mais peuvent se localiser. Dans un cas recueilli par Faguet, le fond du sac offrait une plaque indurée dont l'examen histologique révéla la nature tuberculeuse.

Les lésions peuvent même siéger uniquement au niveau du collet; Santucci en rapporte deux cas.

On divise habituellement les lésions du sac en trois formes: la forme miliaire, la forme ulcéro-caséeuse et la forme fibreuse. Ce sont les mêmes que dans la tuberculose péritonéale, ce qui ne saurait étonner, étant donnée l'origine du sac herniaire.

La forme miliaire est la plus fréquente. On trouve un semis de granulations qui tapissent la face interne du sac herniaire. De couleur grise ou violacée, de consistance assez ferme, elles sont plus ou moins confluentes et s'agglomèrent pour former des tubercules plus gros.

Le sac enflammé, épaissi, présente parfois de fortes adhérences avec des organes voisins. Dans une observation de Berger, il était tellement adhérent à la veine fémo-

rale qu'on fut obligé de l'exciser partiellement et de le laisser adhérent à la veine.

En général, existe, à l'intérieur du sac, une quantité de liquide plus ou moins abondante, qui peut être trouble, sanguinolente ou revêtir tous les caractères du liquide ascitique.

Le siège de prédilection des granulations miliaires, d'après des observations de Guinon et d'Abel, est au niveau du collet.

Dans la deuxième forme, la séreuse est recouverte de fausses membranes, épaissies, lardacées, d'une coloration blanc jaunâtre, infiltrées de tubercules de différente grosseur. Ces tubercules sont jaunes, opaques, friables; leur centre est toujours ramolli. L'organe hernié adhère souvent au sac et il se forme, entre l'intestin et la paroi, de petits abcès.

La forme fibreuse, la plus rare, peut se présenter d'emblée ou succéder à une forme ulcéro-caséeuse ou à une phase ascitique. Elle est essentiellement caractérisée par l'accentuation des lésions scléreuses et cicatricielles; c'est un processus de guérison.

Il reste à faire l'examen microscopique et histologique de ces lésions tuberculeuses.

Les lésions histologiques de la hernie tuberculeuse ne présentent rien qui ne rappelle la tuberculose des séreuses. L'examen qui fut fait de la pièce, dans notre observation, par le docteur Rives, montre de nombreuses granulations autour desquelles on reconnaît une zone de prolifération et de réaction cellulaire. Au centre de la granulation, les éléments s'atrophient et finissent par se dissoudre en détritus granuleux: c'est le follicule de Kœster. Ce follicule comprend trois ordres d'éléments: au centre, la cellule géante; autour, une couronne de grandes cellules

dites épithélioïdes; à la périphérie, une zone de cellules lymphoïdes, qui sont des éléments jeunes.

La préparation montre encore la coupe de quelques glandes, le tout baignant dans du tissu conjonctif et adipeux.

La recherche du bacille est difficile, cependant quelques auteurs l'ont rencontré.

L'inoculation a toujours été suivie de succès. (Observations de Colzi.)

CHAPITRE VI

TRAITEMENT — RESULTATS

La thérapeutique médicale est totalement impuissante à enrayer la marche de la tuberculose herniaire crurale.

Les bandages, en effet, contiennent mal la hernie crurale tuberculeuse, surtout la petite hernie marronnée: l'étranglement se produit vite. La symptomatologie alors peut en être très forte: prostration, douleurs vives, vomissements, ballonnement du ventre, refroidissement des extrémités.

Il n'existe guère qu'une contre-indication au traitement opératoire: ce sont les cas dans lesquels la malade est atteinte de granulie ou est déjà cachectique, et encore, les cas d'étranglement viendront parfois forcer la main.

La cure radicale s'impose donc et le plus tôt possible pour parer aux accidents nombreux dont la hernie peut être le siège et, en second lieu, pour détruire le foyer tuberculeux et empêcher, si possible, son extension.

Nous ne décrirons pas ici les nombreux procédés auxquels ont eu recours les chirurgiens pour faire la cure radicale de la hernie crurale tuberculeuse. Nous nous bornerons à décrire celui qui fut employé pour la malade de notre observation et à en donner les résultats.

Voici les différents temps de l'opération :

1° *Incision cutanée.* — Au niveau de la partie saillante de la tumeur, incision parallèle aux vaisseaux fémoraux, qui découvre le sac. La dissection du sac, qui se fit sans difficultés dans notre cas, peut être très délicate en raison des adhérences ; tel le cas de Berger cité plus haut.

2° *Libération du sac avec son contenu après forte pédiculisation.* — Cette recherche du sac peut être parfois difficile, surtout avec une petite hernie enfouie dans une épaisse couche de tissu adipeux.

3° *Incision du sac.* — Ce temps est pratiqué très prudemment à cause des adhérences, qui peuvent exister, du sac à l'intestin.

4° *Traitement du contenu herniaire.* — On résèque l'épiploon jusqu'à ce qu'il ne présente pas d'altérations macroscopiques.

On doit toutefois en réséquer le moins possible ; on sait, en effet, qu'une résection, même incomplète, est suivie de guérison persistante ; la simple mise à l'air d'un fragment avec lésions bacillaires suffit pour obtenir la transformation fibreuse. Dans un cas de Lewisohn, où, pour une tuberculose herniaire bilatérale, on n'intervint que d'un seul côté, au bout de quelques mois, la guérison s'était étendue à l'autre côté et la malade était complètement guérie.

Tous ces temps opératoires ne comportent rien de bien variable, sauf pour le dernier, c'est-à-dire :

5° *La fermeture du trajet herniaire,* qui est exécutée de très différentes façons.

On a utilisé le sac, son contenu épiploïque, l'abaissement de l'arcade crurale ou des muscles abdominaux, les greffes, etc.

Nous avons indiqué ce qui fut fait dans notre observation. Le résultat fut excellent.

D'une façon générale, on peut dire que la cure radicale de la hernie crurale tuberculeuse est bénigne et le résultat immédiat est bon.

L'efficacité de l'opération cependant n'est pas toujours constante; il y a des récidives. Comme le dit Le Dentu, le résultat dépend de l'orifice crural plutôt que du procédé; les hernies à orifice étroit, entouré de tissus résistants, guérissent avec le plus simple de tous les procédés. Les autres, à orifice large, avec tissus affaiblis (multipares), ont toutes les chances de récidive.

Les résultats éloignés sont sous la dépendance des accidents tuberculeux pouvant se produire dans la suite. Il n'est pas rare de constater, chez les malades opérés de hernie crurale tuberculeuse, l'existence de différentes lésions bacillaires dans les mois qui suivent l'opération: abcès froid, pleurésie, etc.

A côté de ces faits, il en existe heureusement beaucoup d'autres où la guérison paraît définitive: notre malade en est un exemple très net puisque, depuis l'opération, on n'a constaté aucune manifestation bacillaire. Il y a de nombreuses observations de guérison constatée quatre ou cinq ans après la cure radicale.

On ne saurait cependant se contenter de ce traitement chirurgical. Il faut avoir, présente à l'esprit, la nature de la hernie, et la malade, même guérie de l'opération, devra bénéficier d'un traitement général qui est celui des tuberculeux: aérothérapie, suralimentation, reconstituants divers, huile de foie de morue, cacodylate de soude, etc.

CONCLUSIONS

I. La hernie crurale tuberculeuse est assez rare.

II. Elle peut se manifester à tout âge, mais se constate plus tôt dans l'âge avancé et dans le sexe féminin.

III. Le diagnostic est ordinairement assez difficile.

IV. Le pronostic est relativement favorable chez un sujet où elle ne paraît être qu'une tuberculose très localisée. Il est plus sombre chez un individu déjà affaibli, prébacillaire.

V. Les lésions macroscopiques et histologiques n'offrent rien de particulier ; ce sont celles de la tuberculose des séreuses.

VI. La cure radicale est le traitement seul efficace et doit toujours et le plus tôt possible être réalisé à moins de contre-indications tirées de l'état général ou de lésions avancées.

Il doit se compléter par un traitement médical, non spécial, qui est celui des prébacillaires.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Gazette des Hôpitaux, 1893, page 925.

Presse Médicale, 1901, n° 12, page 72.

Cotte. — Revue de Gynécologie, 1906.

Cruveilher. — Traité anatomie pathologique, t. IV, 1862.

Jonnesco. — Revue de Chirurgie, 1891.

Tauzia. — De la tuberculose herniaire. Th. de Bordeaux, 1902.

Catel et Leriche. — Lyon Médical, t. III, 1904.

Hanot. — Thèse d'agrégation, Paris, 1883.

Nurdin. — De la tuberculose herniaire et vagino-péritonéale. Thèse de Paris, 1897.

François. — Thèse de Lille, 1891.

Sacquepée et Melliès. — Tuberculose herniaire. Archives provinciales de chirurgie, 1902.

Bouffier. — Hernie crurale chez l'enfant. Thèse de Montpellier.

Le Dentu. — Nouveau Traité de Chirurgie.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS VII
INTRODUCTION 9
CHAPITRE PREMIER. — Données générales et étiologiques. 10
CHAPITRE II. — Observations 12
CHAPITRE III. — Pathogénie 20
CHAPITRE IV. — Données cliniques 22
CHAPITRE V. — Anatomie pathologique 27
CHAPITRE VI. — Traitement. — Résultats 31
CONCLUSIONS 34
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 35

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 28 novembre 1914,
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 27 novembre 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !